

別紙様式

番号

輸入指定薬物用途誓約書

年 月 日

厚生労働大臣 殿

輸入者氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名） _____
 住所（法人にあっては主たる事務所の所在地） _____

営業所の名称 _____
 同所在地 _____
 担当者名 _____ 電話（ ） _____

今般、輸入する指定薬物については以下のとおりであり、これ以外の用途に供することがないことを誓約いたします。

品名	数量	指定薬物の名称	指定薬物としての数量
指定薬物の用途			
輸入する理由			
製造業者名及び国名			
輸入予定期間			
厚 確 生 認 労 櫛 働 省	特記事項 厚生労働省医薬局 監視指導・麻薬対策課 印		

- (注) 1. 「品名」「数量」「指定薬物名称」「指定薬物としての数量」の各欄に書ききれない場合は別紙に記載の上添付すること。
 2. この誓約書は正副2通作成すること。
 3. この様式の大きさはA4とすること。